

Formulario de Comidas Para Infantes (llene una por cada infante)

Nombre Completo del Infante _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad en Meses _____

Marque la caja apropiada: Leche Materna Formula (marca) _____

PLAN DE COMIDA PARA INFANTES

(Todas las fórmulas y cereales secos infantiles deben ser fortificados con hierro)

EDAD	DESAYUNO	ALMUERZO O CENA	MERIENDA
Nacimiento-3 meses	4 - 6 oz de fórmula líquida o leche materna	4 - 6 oz de fórmula líquida o leche materna	4 - 6 oz de fórmula líquida o leche materna
4 - 7 meses	1) 4 - 8 oz de fórmula líquida o leche materna y 2) 0 - 3 Cucharadas de cereal seco infantil	1) 4 - 8 oz de fórmula líquida o leche materna y 2) 0 - 3 Cucharadas de cereal seco infantil y/o 3) 0 - 3 Cucharadas de frutas o vegetales, o ambos	4 - 6 oz de fórmula líquida o leche materna
8-11 meses	Debe servir los 3 componentes: 1) 6 - 8 oz de fórmula líquida o leche materna y 2) 2 - 4 Cucharadas de cereal seco infantil y 3) 1 - 4 Cucharadas de frutas o vegetales, o ambos	Debe servir los 3 componentes: 1) 6 - 8 oz de fórmula líquida o leche materna y 2) 2 - 4 Cucharadas de cereal seco infantil y/o 1 - 4 Cucharada de carne, pescado, pollo, yema de huevo, frijoles o guisantes cocidos; o 1/2 - 2 oz (peso) queso; o 1 - 4 oz (volumen) requesón; o 1 - 4 oz (peso) extensión del alimento de queso y 3) 1 - 4 Cucharadas de frutas o vegetales, o ambos	Debe servir componente 1: 1) 2 - 4 oz de fórmula líquida o leche materna o 100% jugo de frutas y 2) 0 - 1/2 rebanada de pan* o 0 - 2 galletas * (*Debe de estar echo de grano entero o de harina enriquecida)

REGISTRO DE ALIMENTO(S), CANTIDAD Y QUE SIRVIO EN CADA COMIDA

DIA	DESAYUNO	ALMUERZO O CENA	MERIENDA
Fecha: _____	Servido: _____ Comió: _____ 1) _____ oz de fórmula o leche materna 2) _____ Cucharadas _____ Cereal Infantil 3) _____ Cucharadas _____ Frutas/Vegetales	Servido: _____ Comió: _____ 1) _____ oz de fórmula o leche materna 2) _____ Cucharadas _____ Cereal Infantil y o carnes o alternativas 3) _____ Cucharadas _____ Frutas/Vegetales	Servido: _____ Comió: _____ 1) _____ oz de fórmula o leche materna o 100% jugo de frutas _____ y 2) _____ Pan o galletas
Fecha: _____	Servido: _____ Comió: _____ 1) _____ oz de fórmula o leche materna 2) _____ Cucharadas _____ Cereal Infantil 3) _____ Cucharadas _____ Frutas/Vegetales	Servido: _____ Comió: _____ 1) _____ oz de fórmula o leche materna 2) _____ Cucharadas _____ Cereal Infantil y o carnes o alternativas 3) _____ Cucharadas _____ Frutas/Vegetales	Servido: _____ Comió: _____ 1) _____ oz de fórmula o leche materna o 100% jugo de frutas _____ y 2) _____ Pan o galletas
Fecha: _____	Servido: _____ Comió: _____ 1) _____ oz de fórmula o leche materna 2) _____ Cucharadas _____ Cereal Infantil 3) _____ Cucharadas _____ Frutas/Vegetales	Servido: _____ Comió: _____ 1) _____ oz de fórmula o leche materna 2) _____ Cucharadas _____ Cereal Infantil y o carnes o alternativas 3) _____ Cucharadas _____ Frutas/Vegetales	Servido: _____ Comió: _____ 1) _____ oz de fórmula o leche materna o 100% jugo de frutas _____ y 2) _____ Pan o galletas
Fecha: _____	Servido: _____ Comió: _____ 1) _____ oz de fórmula o leche materna 2) _____ Cucharadas _____ Cereal Infantil 3) _____ Cucharadas _____ Frutas/Vegetales	Servido: _____ Comió: _____ 1) _____ oz de fórmula o leche materna 2) _____ Cucharadas _____ Cereal Infantil y o carnes o alternativas 3) _____ Cucharadas _____ Frutas/Vegetales	Servido: _____ Comió: _____ 1) _____ oz de fórmula o leche materna o 100% jugo de frutas _____ y 2) _____ Pan o galletas
Fecha: _____	Servido: _____ Comió: _____ 1) _____ oz de fórmula o leche materna 2) _____ Cucharadas _____ Cereal Infantil 3) _____ Cucharadas _____ Frutas/Vegetales	Servido: _____ Comió: _____ 1) _____ oz de fórmula o leche materna 2) _____ Cucharadas _____ Cereal Infantil y o carnes o alternativas 3) _____ Cucharadas _____ Frutas/Vegetales	Servido: _____ Comió: _____ 1) _____ oz de fórmula o leche materna o 100% jugo de frutas _____ y 2) _____ Pan o galletas